41e Année. — N° 27 Vendredi 6 Juillet 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

AVIS. — *Par une erreur de l'imprimerie, le dernier numéro de la* France Médicale, *le n° 26, a été numéroté 27 sur couverture ; nous avertissons nos lecteurs pour qu'ils ne puissent croire que le n° 26 manque à leur collection.*

Les bureaux de la France Médicale *sont transférés* **9, rue des Pyramides.** *Prière de vouloir bien désormais envoyer à cette adresse tout ce qui concerne la rédaction et l'administration.*

SOMMAIRE

Clinique médicale : De la douche épigastrique dans le traitement de la gastralgie et de diverses sortes de dyspepsies, par le Dr Verrier, 417. — **Bibliographie :** Les tractions rythmées de la langue, par le Dr J.-V. Laborde, 420. — L'hygiène nouvelle dans la famille, par le Dr Cancalon, 420. — **Revue de la presse :** La blessure de la veine porte est-elle nécessairement mortelle ? par R. Lépine, 421. — **Académie de médecine :** *Séance du 3 juillet* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Election, 422. — Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain, 422. — Névrotomie dans les gangrènes douloureuses, 423. — Opération césarienne multiple, 423. — **Société de chirurgie :** *Séance du 4 juillet.* — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Sur les ostéomes du cavalier ; pathogénie et traitement, 423. — Anesthésie par le bromure d'éthyle, 424. — Gangrène du pouce par application de solution phéniquée à 1/100 pendant douze heures, 424. — Orchite traumatique, 424. — Traumatisme cranien. Hystérotraumatisme, 424. — **XIe Congrès international des sciences médicales** tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. — Maladies vénériennes et voies urinaires : Diabète insipide et syphilis, 424. — Traitement de la blennorrhagie chez la femme par l'ichthyol, 424. — Imprégnation syphilitique ; syphilis d'emblée, 424. — Des opérations palliatives chez les prostatiques, 425. — Du gonocoque et de ses rapports avec le processus blennorrhagique, 426. — Morphologie de l'hypospadias balanique, 427. — Anurie calculeuse. Son traitement, 427. — De la néphrectomie par incision transversale, 427. — Sur la nature du chancre mou, 428. — L'alumnol contre la blennorrhagie, 428. — De la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique, 428. — **Variétés :** Une Université dans le Far-West américain, par Marcel Baudouin, 428. — **Nouvelles,** 430.

CLINIQUE MÉDICALE

De la douche épigastrique dans le traitement de la gastralgie et de diverses sortes de dyspepsies,

Par le Dr Verrier.

Il y a plusieurs sortes de dyspepsies. Je ne veux pas entrer dans la description de cette maladie dont le nom seul indique une difficulté dans la digestion, ou si l'on préfère, un dérangement des fonctions digestives.

Les causes en sont multiples, la plus fréquente paraît être due à une modification dans la sécrétion de la membrane muqueuse de l'estomac (1).

M. le professeur Hayem, qui s'est occupé récemment des troubles gastriques, fait jouer au chimisme stomacal un rôle prépondérant dans la production de la dyspepsie (2) et suivant que les phénomènes de la digestion sont exagérés ou amoindris, il admet une hyperpepsie ou une hypopepsie. L'hyperpepsie correspondrait à la dyspepsie sténique des médecins de ma génération et l'hypopepsie à la dyspepsie asténique.

Mais qu'elle soit sténique ou asténique, la dyspepsie n'est le plus souvent qu'un symptôme ; ce symptôme accompagne fréquemment la gastralgie, que celle-ci soit idiopathique ou symptomatique, primitive ou secondaire.

La gastralgie, au contraire, est caractérisée surtout par la douleur épigastrique (crampes d'estomac) qui accompagne la digestion et qui revient par accès principalement chez les sujets nerveux. C'est une véritable *névrose gastrique* qui peut survenir brusquement, disparaître de même, ou être remplacée par une autre névralgie, ou bien encore alterner avec celle-ci, à quelque système qu'appartienne cette dernière.

Les causes de la gastralgie sont toutes celles que l'on peut invoquer dans les différentes maladies du système avec localisation sur l'estomac.

Ceci établi une fois pour toutes, je citerai un mode de traitement applicable à la dyspepsie comme à la gastralgie et qui paraît avoir donné, dans le service de M. Hayem, d'excellents résultats, c'est le massage de l'estomac qu'il emploie aussi bien dans l'hyperpepsie que dans l'hypopepsie. Mais la technique diffère dans chaque cas comme nous le verrons tout à l'heure.

(1) *Compendium de médecine pratique*, t. IV, p. 261.
(2) Hayem et Winter. *Chimisme stomacal*, p. 119.

Déjà M. Rubens Hirschberg avait appelé l'attention des médecins sur le massage de l'abdomen, M. Soupault avait étudié l'action du massage sur le système nerveux, sur la circulation gastro-intestinale et sur le système glandulaire de l'estomac. La voie était donc ouverte et un interne distingué de M. Hayem, M. le Dr E. Cautru, s'y est engagé résolument. Sous la direction de son maître il a fait une étude complète du massage de l'estomac dans les différents types chimiques dont nous avons parlé (1).

Dans l'hyperpepsie où, à part les alcalins, aucun médicament n'est toléré, le massage de l'estomac, dit M. Cautru, peut être un adjuvant utile d'un régime ou d'une hygiène appropriés.

S'il y a exagération de fonctions il sera prudent, dit-il, de s'en tenir aux agents qui ont pour effet de faire fonctionner plus activement la surface cutanée, c'est-à-dire, les douches, l'électrisation, les frictions ou le massage superficiel.

Or, je crois que, et je suis à même de le démontrer par le raisonnement et par les faits, de tous ces agents les douches sont le moyen de traitement par excellence.

La douche superficielle épigastrique, en effet, joue le rôle de calmant d'un réflexe exagéré. On peut y joindre une douche générale en pluie de très courte durée.

C'est le traitement qui convient le mieux pendant la première période de la digestion. Il est aussi moins douloureux, dans les cas où il y a accompagnement de gastralgie.

Trois ou quatre heures après le repas, alors que la digestion devrait être faite physiologiquement mais qu'il s'est développé dans l'estomac des fermentations acides ou qu'il reste des résidus alimentaires, M. Cautru recommande un massage profond, évacuateur, complémentaire du massage simplement digestif.

Dans ce cas encore pourquoi ne pas préférer la douche stomacale profonde, telle que nous en donnons plus loin la technique.

« Il y a longtemps, dit M. Hayem, que les gros mangeurs de l'antiquité avaient imaginé de se frapper l'estomac à coups de poings pour en faciliter l'évacuation lorsqu'ils éprouvaient du gonglement après leur repas. » Quelle plus puissante percussion que la douche épigastrique en colonne, avec douche générale en jet ?

Et qu'on ne craigne pas l'action de la douche pendant la digestion puisque les faits prouvent que, loin de l'arrêter, elle la facilite.

D'ailleurs les Anglais qui, comme on sait, sont aussi gros mangeurs, trouvent plus simple l'évacuation directe.

Il n'y a donc rien à craindre dans un cas comme dans l'autre, car au pis aller, le vomissement débarrasserait l'estomac.

(1) Fernand Cautru. *De l'emploi des agents physiques, en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies.* — Thèse de Paris, 1894.

Enfin dans l'intervalle des repas on pourra encore employer la douche générale en jet brisé, en insistant quelque peu sur la région épigastrique; ce serait là le meilleur modificateur des éléments anatomiques.

Dans l'hypopepsie, dyspepsie asténique, le massage recommandé par M. Cautru devra être digestif, c'est-à-dire qu'il devra faciliter la digestion et tonifier l'estomac.

Y a-t-il un meilleur tonificateur que la douche profonde et aidée de quelques stimulants à l'intérieur ? La pesanteur, le ballonnement, les douleurs même ont bientôt fait place à la sensation de la faim.

La douche locale peut encore s'employer dans la dilatation de l'estomac et dans la dyspepsie des tuberculeux.

J'en excepte la dyspepsie chez les cardiaques où la préférence doit être donnée au massage manuel. Mais, par contre, la douche épigastrique ou stomacale, dans la dyspepsie nerveuse, c'est-à-dire dans la gastralgie, est véritablement héroïque et doit être employée à l'exclusion de tout autre traitement.

Que les malades soient hystériques, neurasthéniques ou qu'ils soient atteints d'ataxie, de paralysie générale, etc., c'est à la douche qu'il faut avoir recours dans tous les accidents gastralgiques concomitants. Le Dr Bourneville, dans son travail sur la sclérose en plaques (1), après avoir constaté l'insuccès de toutes les autres médications, dit que c'est encore l'hydrothérapie la méthode la plus susceptible de retarder la marche des lésions organiques des centres nerveux.

Si donc M. Bourneville reconnaissait cette puissance à l'hydrothérapie générale, *a fortiori* devrons-nous admettre les bons effets de la douche locale dans la gastralgie chez cette catégorie de malades.

Par la douche épigastrique existante et la douche générale en jets brisés on réveillera le réflexe stomacal engourdi; par la douche épigastrique sédative et la douche en pluie, on calmera le réflexe exagéré.

C'est ce dernier procédé qui, dans les crises gastralgiques, donne le meilleur résultat.

Technique de la douche stomacale ou épigastrique. — En général, dit Béni-Barde, ces douches sont à percussion faible. « S'il faut diriger le jet sur l'épigastre, le malade se présente en face de l'opérateur. Ces douches peuvent être exclusivement froides, alternatives ou écossaises. On emploie les deux premières pour produire des effets excitants ou résolutifs et la troisième pour déterminer une action sédative ou analgésique » (2).

L'une et l'autre s'accompagnent d'une douche générale, courte, rapide et donnée suivant l'effet que l'on veut obtenir, soit en jets brisés, soit en pluie, comme nous l'avons dit plus haut.

Nous n'avons pas à détailler ces dernières qui rentrent dans les méthodes de l'hydrothérapie générale.

(1) Bourneville et Guérard, 1869, p. 176 et 187.

(2) Traité théor. et prat. d'hytrothérapie, p. 193, 1874.

ous n'insisterons que sur la technique de la douche omacale pour remplacer le massage.

Le jet sera dirigé d'après une ligne horizontale pas- nt à 1 centimètre au-dessous de l'appendice xyphoïde une autre ligne parallèle à la première passant à centimètres au-dessus de l'ombilic. Ces deux lignes ront limitées par une ligne verticale descendant du ilieu des fausses côtes de chaque côté.

Tel est à peu près l'espace occupé par l'estomac mé- ocrement dilaté. Dans l'extrême dilatation il sera cile au médecin de s'assurer de la situation exacte l'estomac par la percussion, la palpation et le clapo- ge déterminé par la percussion.

Si, pour le premier cas, on veut recourir à la douche perficielle, on pourra joindre aux indications de la ouche générale un effleurement léger de la région pigastrique en promenant le jet éparpillé sur la région diquée sans direction déterminée, c'est à-dire aussi ien du cardia au pylore que du pylore au cardia.

L'eau aura une température de 12 à 14° comme celle la douche générale, pas plus froide.

Dans le cas de douche profonde, il sera bon d'avoir la disposition du médecin qui donnera la douche eux tubes, l'un pour la douche générale à la tempéra- re ordinaire de l'eau, l'autre fournissant de l'eau tiède 25 ou 28°, et cette dernière douche sera donnée en olonne à une pression un peu plus forte si les douleurs ont tolérables, et dirigée exclusivement du cardia u pylore. On commencera doucement et on arrivera eu à peu à ce massage profond évacuateur dont nous vons déjà parlé. Il ne faut pas que, dans aucun cas, massage soit douloureux. Si, après quelques secondes, douleur se faisait sentir, on éparpillerait insensible- ent le jet à l'aide du doigt placé à l'extrémité du ube et sur palette de manière à revenir à un massage resque superficiel. Si, au contraire, la douche pro- onde tiède est bien supportée on pourra diminuer nsensiblement la température de manière à ne plus mployer que la même eau pour les deux douches.

Effet des douches épigastriques. — La douche épi- astrique superficielle, telle que nous venons de la écrire ou avec les modifications que l'expérience per- onnelle du médecin pourra y introduire, a pour effet l'exciter lentement l'estomac et de provoquer des con- ractions musculaires qui facilitent le brassage des aliments contenus dans le muscle. Cette sorte de mas- sage active aussi la sécrétion glandulaire. Il rétablit la fonction de sécrétion dans son état normal et pro- voque enfin un réflexe cutané qui va jusqu'à produire les spasmes de l'abdomen et des crampes si l'on des- cend au-dessous du point indiqué plus haut, ce que l'on évitera autant que possible.

Dans les cas de gastralgie nerveuse pure ou accom- pagnée de lésions glandulaires, on pourra remplacer la douche superficielle par une affusion sans pression (système Kneipp), avec de l'eau légèrement tiédie qui occasionnera une sorte de détente nerveuse et muscu- laire et permettra de revenir insensiblement à la douche épigastrique comme elle est décrite plus haut. Le massage superficiel ou profonde par la douche permet de l'appliquer aussi au gros intestin, dont il régularise les fonctions et il remédie par là même à la diarrhée comme à la constipation.

La gymnastique, et en général tous les sports, produi- sant des contractions des muscles abdominaux, peuvent être considérés comme des adjuvants de la douche pro- fonde.

M. le Dr Fleury, dans son traité d'hydrothérapie (1), rapporte 33 observations tant de dyspepsies que de gas- tralgies soignées et guéries, pour la plupart, par la douche superficielle ou profonde.

Nous laisserons de côté 14 cas de dyspepsie sympto- matique d'autres maladies pour lesquelles on avait recours à l'hydrothérapie.

Nous négligerons également 2 observations dans lesquelles la dyspepsie était accompagnée de diarrhée et de dysenterie chroniques.

Il reste 14 cas de gastralgie bien caractérisée et 1 cas de gastro-entéralgie.

Dans le 1er cas une erreur de diagnostic avait fait attribuer les accidents gastriques à une gastrite chro- nique. Après l'insuccès de plusieurs médications allo- pathiques et homœopathiques, l'hydrothérapie fut déci- dée et amena la guérison. Dans le 2e cas, la gastralgie était sympathique d'une affection utérine et d'un état anémique. La guérison a suivi l'administration de la douche générale, épigastrique et hypogastrique. Mais dans la 3e observation, l'affection stomacale, étant symp- tomatique d'un cancer de l'utérus, se termina par la mort.

L'influence des lésions génitales se fait souvent sen- tir sur l'estomac. C'est ainsi que la gastralgie dans la quatrième des observations précitées avait été produite par un corps étranger introduit dans le vagin. Il va sans dire que dans ce cas l'extraction du corps étranger suffit pour amener la guérison sans recourir à la douche lo- cale. De même dans un cas de déviation utérine, le redressement amena la guérison, mais la douche géné- rale fut utilement employée.

Plus loin c'est un phimosis congénital chez un homme de 27 ans que la circoncision guérit de sa gastralgie mais auquel l'hydrothérapie générale rendit la force et la santé.

Trois cas de gastralgie avec asténie générale et vo- missements alimentaires figurent dans les guérisons. Deux beaux cas de gastralgie hystérique prouvent la supériorité du massage hydrothérapique sur toute la série des antigastralgiques.

Ailleurs c'est sur un alcoolique que la supériorité de la douche épigastrique se manifeste et amène la guéri- son. La dyspepsie produite par : 1° des excès de régime; 2° l'abus du tabac à fumer, quand tout avait échoué;

(1) 4e édit., 1875.

3° la métrorrhagie avec anémie consécutive ; 4° jusqu'à la spermatorrhée chez un jeune homme de 22 ans, a cédé au massage hydrothérapique.

Nous n'avons pas à démontrer le retentissement de la cachexie syphilitique sur l'estomac, mais la gastralgie qui en est résultée a guéri par l'emploi de la médication sudorifique, combinée avec la douche froide générale et gastrique.

Les succès de la douche locale dans la gastralgie chlorotique ne se comptent plus, mais il est curieux de constater les résultats obtenus par le massage hydrothérapique dans la dyspepsie se rattachant à une névropathie générale chez un homme de 46 ans qui avait consulté tous les premiers médecins de la capitale.

Enfin la douche épigastrique et hypogastrique, aidée d'une douche générale en pluie, a encore eu raison d'une gastro-entéralgie ancienne et rebelle.

Toutes ces observations sont détaillées dans le livre précité où il est facile de les contrôler. On trouvera encore d'autres cas de dyspepsie symptomatique de maladies tributaires de l'hydrothérapie que je n'ai pas cru devoir compter à l'actif de la douche épigastrique.

BIBLIOGRAPHIE

Les tractions rythmées de la langue, par J.-V. Laborde. Félix Alcan, édit. Paris, 1894.

Depuis de longues années les chirurgiens qui usaient du chloroforme avaient pris l'habitude de tirailler la langue des malades, de la sortir de la bouche, où elle prenait l'aspect déplorable d'une langue de pendu. Tous ceux qui ont peu ou prou administré le chloroforme ont tous commencé par accrocher au revers gauche du veston autrefois, à la braguette de la blouse aujourd'hui, la pince à langue, c'est-à-dire un des multiples modèles inventés par l'imagination féconde de chirurgiens en mal d'instrument. C'était la pince de Museux (cela était le début), puis la pince à forcipressure simplement, puis la pince à mors plats, la pince à mors de caoutchouc, la pince à double ou à simple griffe, la pince à ressort ou à pression douce, etc., en faire l'énumération semblerait reproduire le catalogue d'un de nos artistes en instruments de chirurgie. Le but était de soulever la base de la langue et de l'empêcher d'obstruer l'orifice sus-glottique, de tomber dans le larynx, d'être avalée par le malade (ce qui depuis que le monde est monde a une signification caractéristique pour le patient). On trouva un jour un procédé plus simple de soulever la langue, c'était de soulever l'hyoïde et de maintenir les régions sous-maxillaires. De plus, l'arrêt respiratoire brusque se produisait souvent avant toute résolution musculaire, la langue n'avait pas le droit de s'effondrer, la tonicité musculaire n'étant pas abolie ; il y avait donc autre chose que la chute de la langue qui devait expliquer l'arrêt respiratoire. Et cependant, tout comme s'il y avait chute de la langue il suffisait de tirer celle-ci pour que le malade recommençât à respirer.

Tant et si bien que j'ai de tout temps entendu mes maîtres, moi-même j'ai de tout temps eu l'habitude de dire : « Tirez la langue, cela va lui donner un réflexe, tirez donc, il pensera à respirer. » Et c'est ce que M. Laborde a eu le mérite de reprendre, d'étudier.

Il a reconnu l'efficacité de ce moyen, dont il a lui-même dressé toute la technique. A la traction brutale, déchirante, unique, que nous faisions autrefois, il a substitué les tractions rythmées, douces et prolongées, qui, par réflexe étudié, expérimenté et raisonné, ramènent la respiration interrompue par quelque cause que ce soit. C'est-à-dire qu'un individu *mort*, puisqu'il ne respire plus, peut retrouver, par les tractions rythmées de la langue, le réflexe aboli depuis de longues heures et *survivre* sans d'autre souvenir qu'une courbature bien naturelle.

Les tractions rythmées de la langue pourront rendre les plus grands services, soit dans les asphyxies par submersion, par gaz délétères, soit dans les asphyxies des nouveau-nés, la mort apparente du fœtus, etc.

M. J.-V. Laborde a réuni dans son très intéressant volume toutes les observations qu'il a recueillies de tous côtés et qui forment déjà un faisceau dont l'auteur de la méthode doit être fier.

Si, plus tard, dans longtemps, longtemps, au jugement dernier, tous ceux que le procédé de Laborde a sauvés du trépas daignent lui faire cortège, ce sera un défilé imposant.

Nous recommandons, en terminant, les trois planches hors texte, où il nous semble avoir retrouvé, dans les traits de l'opérateur représenté, ceux de l'auteur sympathique et original de ce livre aussi pratique que savant.

F. Verchère.

L'hygiène nouvelle dans la famille, par le Dr Cancalon ; préface du Dr Dujardin-Beaumetz. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Un des caractères de l'esprit médical de notre époque est la tendance qu'il accuse à propager les notions d'hygiène. Les idées contemporaines sur l'infection ont donné à l'hygiène préventive une base scientifique sûre qui appelle sans doute encore des perfectionnements de détails, mais qui a déjà porté ses fruits.

Lorsque ces notions seront convenablement appliquées par tout le monde, lorsque la pratique de certaines mesures prophylactiques sera passée dans nos mœurs, on pourra espérer voir la morbidité des maladies infectieuses considérablement réduite. Aussi le Dr Cancalon, convaincu de l'importance des mesures hygiéniques dans toutes les infections, a-t-il commencé son guide hygiénique en montrant le parti qu'on peut déjà en tirer dans la famille en dehors du médecin. Et comme il est difficile en hygiène de faire quelques pas sans se heurter aux causes infectantes de diverse nature, l'au-

ur insiste avec raison dans d'autres parties de son vail sur les mesures qu'on peut prendre pour se fendre contre la tuberculose, contre le choléra, contre s infections diverses qui peuvent atteindre l'accou- ée.

Quelques chapitres ont été consacrés à l'hygiène des ganes digestifs, au régime en général, à l'hygiène s appartements, enfin à l'abus que l'on peut faire de lcool, de la morphine et même du tabac. Les pre- ères parties de l'ouvrage sont consacrées à l'hygiène nouveau-né, à la médecine d'urgence, aux signes pré- rseurs des maladies. Un bon point pour l'auteur qui mine en mettant lecteurs et lectrices en garde contre réclames abradacabrantes des quatrièmes pages et ème contre les réclames plus insidieuses des premières ges des journaux. Bien que cet ouvrage, écrit sous me de causeries familières sans pédanterie, s'adresse us au public qu'au médecin, nous avons cru bon de le gnaler en raison des services indirects qu'il peut ndre au praticien.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE

La blessure de la veine porte est-elle nécessairement ortelle ? par R. Lépine.— Le tronc de la veine porte, aboutit le sang venant de la rate, des intestins, de stomac, etc., et qui, comme on sait, ne mesure que elques centimètres de longueur, parvenu au hile du ie, se divise en deux grosses branches terminales, nt l'une se dirige à droite, et l'autre à gauche ; ces ux branches semblent former dans le sillon trans- rse du foie un vaisseau unique (Testut). Une bles- re de la veine porte, soit de son tronc, soit de l'une s deux branches, est-elle mortelle ? Si la plaie vei- use n'est pas une simple piqûre étroite, je n'hésite s à répondre par l'affirmative. En effet, même rsque le sujet est en état de jeûne, la circulation du ng dans la veine porte est extrêmement active : chez chien de 20 kilogrammes le professeur Flugge a ouvé que le débit est de 500 grammes en *une* minute. lmettons que ce chiffre soit exagéré, supposons que ez l'homme (et cela paraît bien peu probable) la cir- ulation porte soit relativement de moindre impor- nce, on voit qu'en peu de secondes, surtout si le sujet trouve en état de digestion, l'hémorrhagie, même r une plaie peu large, sera extrêmement abondante. En effet, il faut tenir compte de la *tension* du sang i circule dans l'intérieur d'un vaisseau. Il est clair avec une tension plus élevée, à dimension égale de orifice d'écoulement, la quantité de sang épanché sera us considérable, à cause de la vitesse plus grande écoulement. Or la tension du sang dans la veine orte, à cause de l'interposition des capillaires du foie, épasse de beaucoup la tension veineuse générale. osapelly, dans le laboratoire de P. Bert, en intro- duisant par la veine splénique une canule qu'il poussait jusqu'au tronc de la veine porte, a trouvé que la tension pouvait atteindre 20 millimètres de mercure. Or on sait que dans la veine cave inférieure, au niveau de l'embouchure des veines sus-hépatiques, la tension n'est guère que de 3 à 4 millimètres, qu'elle peut même, pendant l'inspiration, devenir *négative*, et tomber à — 8 millimètres. Il n'y a donc nulle parité entre la tension porte et la tension dans les autres gros troncs veineux.

En cas de piqûre, une ligature latérale est-elle possible ? A la rigueur si la piqûre se trouvait sur le tronc lui-même, malgré la difficulté de l'opération, une telle ligature pourrait être tentée, et on conçoit qu'elle puisse sauver le blessé. Mais sur l'une ou l'autre des deux branches cette opération semble impraticable. On en comprend parfaitement l'impossibilité absolue dans les cas où la plaie veineuse, comme cela existait dans un cas désormais historique, se trouve non sur la demi-circonférence libre de ces veines, mais sur celle qui est creusée dans le foie.

Supposons maintenant une plaie large de l'une des deux branches terminales, admettons qu'elle soit visible et qu'il soit possible de lier le vaisseau en amont et en aval de la plaie, cette double ligature arrêtera assurément l'hémorrhagie ; mais elle amènera aussi, d'une part l'interruption de la circulation dans un des lobes du foie, c'est-à-dire la suppression, non négligeable, du fonctionnement d'une portion considérable de l'organe hépatique, et, d'autre part, elle produira encore une gêne notable de la circulation dans la veine porte, c'est-à-dire une forte augmentation de volume de la rate, une congestion extrême de la muqueuse intestinale, etc. Avec de pareils troubles apportés à la fonction hépatique et aux autres viscères abdominaux, la vie pourrait-elle être conservée ? — La réponse à cette question ne saurait être actuellement donnée, car il faudrait des faits pour la trancher.

Quant à la brusque interruption totale du cours du sang porte par suite de compression ou de ligature extemporanée du tronc de ce vaisseau, elle n'est pas compatible avec la vie. Les chiens succombent en deux heures et quelquefois beaucoup plus rapidement. A l'autopsie, le réseau veineux mésaraïque est gorgé de sang, et la rate a pris un volume colossal.

Si la mort, dans le cas de ligature de la veine porte, tient *en partie* à la stase du sang dans les réseaux splénique et mésaraïque, serait-il possible de la conjurer en abouchant le bout périphérique de la veine porte à la veine cave inférieure ? Un chirurgien russe, Eck, l'a pensé, et a, le premier, réalisé cette intéressante opération. Tout récemment, le professeur Queirolo (de Pise) a singulièrement perfectionné, à certains égards, le manuel opératoire, de telle sorte que l'opération est devenue relativement si facile, au moins chez le chien, que, sans être chirurgien, je l'ai plusieurs fois pratiquée dans ces derniers temps, dans un

but spécial, celui de supprimer la fonction physiologique du foie. Voici comment je procède en suivant assez exactement le manuel décrit par le professeur Queirolo :

Incision sur la ligne blanche partant de l'appendice xiphoïde et allant à quelques centimètres du pubis. L'opérateur placé à gauche attire en dehors et à gauche les anses intestinales et met à nu la veine cave inférieure qui est liée entre l'abouchement des rénales et l'origine des iliaques primitives ; à l'embouchure des rénales, on comprime la veine cave avec une pince plate, et on la coupe entre la pince et la ligature. On isole alors la veine porte qu'on lie aussi près que possible du hile du foie. A quelques centimètres en amont on place une pince plate et on coupe la veine près de la ligature ; le bout inférieur est engagé dans une virole à peu près de la forme d'un rond de serviette et on en coiffe cette virole ; de telle sorte que la membrane interne se trouve à l'extérieur ; on lie la veine ainsi disposée sur la virole ; puis on engage le tout dans le bout supérieur de la veine cave ; on lie et il ne reste plus qu'à enlever les deux pinces plates pour que le sang porte coule dans la veine cave. Grâce à l'adossement des membranes internes, une cicatrice solide pourra ultérieurement être constituée.

Telle est, décrite dans ses traits essentiels, cette opération qu'on fait facilement chez le chien, en une demi-heure. Malheureusement les suites en sont le plus souvent mortelles, de sorte que, si elle est devenue simple, l'opération de Eck est restée fort grave. L'analyse des causes de la mort m'entraînerait loin et demanderait de forts longs développements. Eck avait espéré que cette opération pourrait être utile dans certains cas de cirrhose du foie. Il est fort douteux qu'on se décide à y recourir chez des cirrhotiques. A coup sûr elle ne pourrait être utilisée dans les cas de blessure de la veine porte, le temps ferait défaut. (*Lyon médical.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

Élection. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers.

Pour la première place, sur 53 votants, majorité 27, M. Revilliod (de Genève) est élu par 51 voix contre 2 bulletins blancs.

Pour la seconde place, sur 52 votants, majorité 27, M. Eward Séguin de (New-York), est élu par 50 voix contre 2 bulletins blancs.

Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain. — M. Straus. J'ai réussi à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents à l'intérieur de la cavité nasale d'individus sains, fréquentant des locaux habités par des phthisiques.

Mes expériences ont été faites à la Charité sur des infirmiers ou des infirmières, sur des malades atteints d'affections non tuberculeuses, mais ayant séjourné à l'hôpital depuis un temps assez long ; enfin, sur un certain nombre d'élèves attachés à mon service. Infirmiers et élèves étaient *parfaitement bien portants* et ne présentaient aucun soupçon de tuberculose.

Chez ces différents sujets, j'ai recueilli les poussières, les croûtes et les mucosités contenues dans les cavités nasales à l'aide de petits tampons de coton entortillés à l'extrémité d'une mince baguette de bois, et préalablement stérilisés à l'autoclave. Les tampons chargés du contenu de la cavité nasale sont agités dans un tube à essai contenant du bouillon ou de l'eau stérilisés. Le liquide très trouble ainsi obtenu à la suite du curage des fosses nasales est injecté dans le péritoine d'un cobaye.

29 cobayes ont été ainsi inoculés avec les produits provenant des cavités nasales de 29 individus. Sept de ces cobayes périrent dès les premiers jours, de septicémie ou de péritonite purulente ; dans 13 cas les animaux demeurèrent bien portants et ne présentèrent pas de lésion à l'autopsie ; enfin dans 9 cas ils moururent ou furent sacrifiés au bout de trois à cinq semaines, avec des lésions tuberculeuses, le plus souvent très accusées, à point de départ intra péritonéal ; la nature tuberculeuse de ces lésions fut toujours vérifiée par la constatation du bacille.

Ainsi, sur 29 individus sains ou du moins absolument indemnes de tout indice de tuberculose, mais séjournant plus ou moins longtemps dans les salles d'hôpital, 9 hébergeaient le bacille de la tuberculose, pleinement virulent dans les cavités des fosses nasales. Les cas positifs figurent donc dans la proportion inattendue et presque effrayante d'*un tiers*. Parmi ces cas positifs, 6 se rapportent à des infirmiers vivant à l'hôpital, balayant les salles, secouant les objets de literie ; sur 3 malades atteints d'affections étrangères à la tuberculose, mais depuis plusieurs mois à l'hôpital, 1 donna un résultat positif ; enfin, parmi 7 élèves du service qui ne passent que quelques heures par jour à l'hôpital, 2 (dont l'interne de mon service) avaient des bacilles virulents de la tuberculose dans leurs cavités nasales.

Depuis les travaux de Villemin et de Koch, on s'accorde à regarder les crachats des phthisiques, desséchés et flottant dans l'air, comme les agents par excellence de l'infection tuberculeuse. Cornet, dans un travail bien connu, a montré que l'air des locaux habités par des phthisiques peut charrier des poussières virulentes et tuberculeuses.

J'ai pu serrer le problème de plus près. Il ne s'agit plus simplement de montrer que, dans les salles d'hôpital et dans les appartements occupés par des phthisiques, l'air peut contenir des poussières chargées de bacilles de la tuberculose. Nous savons désormais que ces bacilles pénètrent et séjournent, avec la plénitude de leur virulence, à l'intérieur des fosses nasales, chez des individus, du reste absolument sains, passant un temps plus ou moins long dans l'entourage des phthisiques.

Il n'est pas besoin d'insister sur la portée de ces faits nouveaux. Ils établissent, d'une façon directe et décisive, combien sont abondants les germes de la tuberculose, dans l'atmosphère des locaux habités par les phthisiques. Ils permettent en outre de saisir sur le vif le mécanisme de l'infection par inhalation chez l'homme et sa première étape, à l'entrée des voies respiratoires.

Je me réserve d'étendre ces recherches à des individus
s conditions et d'occupations diverses, mais n'étant pas,
rofessionnellement ou autrement, en contact habituel
ec des phthisiques. Cette enquête fournira sans doute
s données intéressantes sur la diffusion et le degré d'u-
quité du bacille de la tuberculose, dans les différents mi-
eux humains.

Névrotomie dans les gangrènes douloureuses. — M. Ver-
euil lit un rapport sur un travail présenté sur ce sujet par
. Quénu.

Le point capital de ce travail est l'introduction de la
évrotomie à distance dans le traitement de la gangrène
es membres pour combattre le symptôme douleur.

D'après les doctrines régnantes et étant admis sans con-
este le rôle des nerfs sensitifs et trophiques sur la vie et la
utrition des tissus, il eût été rationnel de redouter chez
malade de M. Quénu une aggravation de la gangrène. Or,
est précisément le contraire qui est arrivé; non seule-
ent le calme est revenu, l'état général s'est restauré, mais
vitalité s'est rétablie dans les téguments de la cuisse où
le semblait fort compromise.

Il ne faut assurément pas conclure que cette opération
evra désormais servir, en quelque sorte, de prélude
écessaire ni même utile à l'amputation qui, tôt ou tard,
ermine la cure des gangrènes des membres, ni même que
ette cure devra toujours s'effectuer en actes plus ou moins
spacés, car, dans certaines gangrènes septiques à marche
apide, l'exérèse n'admet, pour ainsi dire, aucun retard.

On peut cependant affirmer aujourd'hui que les sections
erveuses, accusées si catégoriquement de susprendre la
ie dans les tissus, peuvent, tout au contraire, dans cer-
ins cas qui restent à déterminer, agir tout différemment
t rétablir une nutrition quasi normale dans des parties où
lle était profondément troublée. Quant à l'interprétation
e l'efficacité de la névrotomie, on ne pourra l'aborder
u'après la publication de nouveaux faits.

M. C. Paul présente un diabétique atteint de gangrène
es orteils qui a été guéri à l'aide de bains d'oxygène et de
ains antiseptiques.

Opération césarienne multiple. — M. Guéniot présente
jeunes femmes chez lesquelles il pratiqua 4 fois l'opéra-
ion césarienne, 2 fois sur chacune d'elles. Par une curieuse
oïncidence, chez toutes deux, la seconde grossesse attei-
nit son terme presque à la même date; les 2 opérations
urent lieu le 21 et le 28 mai dernier; les suites furent
imples et la santé des femmes se rétablit promptement.

La première césarienne de l'une remonte au 14 jan-
vier 1891 et celle de l'autre au 17 décembre 1892. Les
enfants naquirent vivants : le premier, petite fille
ctuellement âgée de 3 ans 1/2, s'est parfaitement déve-
loppé; le second, également une fille, est rachitique; les
deux derniers, 2 garçons, sont en bonne voie de développe-
ment; le dernier de ceux-ci, comme sa sœur, présente des
traits accusés de rachitisme héréditaire.

Les mères sont de très petite taille et contrefaites; l'une
d'elle a 1 m. 15; elles portent toutes deux les stigmates
d'un rachitisme très intense.

Dans tous ces cas c'est vers la fin de la grossesse et sans
attendre l'apparition du travail que je me décidai à opérer.
Trois fois sur quatre je rencontrai le placenta sous mon
bistouri; d'où une perte d'environ 500 grammes de sang.
Chez la naine je retrouvai tout à fait intacts, au cours de la
seconde opération, les points de suture établis dix-sept
mois et onze jours auparavant.

On sait qu'en vue de soustraire la femme aux dangers
éventuels d'une nouvelle grossesse, une certaine pratique
consiste à faire suivre l'extraction de l'enfant, soit de l'am-
putation utéro-ovarique, soit de la ligature des trompes.
D'après l'exposé qui précède, on a pu voir que, dans aucun
cas, je n'ai suivi de tels errements, sans quoi les deux
enfants derniers-nés n'auraient jamais vu le jour. Du reste,
je puis ajouter un troisième fait qui n'est pas moins signi-
ficatif. Le 9 février 1892, j'ai présenté à l'Académie, avec
son enfant, une femme que j'avais opérée de la césarienne
trois mois auparavant; le 13 juin 1893, je pus extraire par
symphyséotomie chez cette même femme un enfant aussi
bien portant que l'était son aîné. Elle se rétablit encore
une fois promptement. Comparée aux procédés mutila-
teurs, la méthode conservatrice montre donc ici une in-
contestable supériorité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Sur les ostéomes du cavalier; pathogénie et traitement. —
M. Delorme. Je rappellerai les observations dont la plupart
déjà ont été présentées à la Société. Dans le premier cas,
il s'agissait d'un double ostéome. L'un des deux fut en-
levé, et on constata qu'il s'insérait sur le fémur. Le malade
succomba à l'intoxication iodoformée. A l'autopsie, on
trouve sur le fémur droit non opéré comme sur le gauche
un ostéome à large base.

Le second malade a été présenté par M. Rigal qui fit
l'ablation d'un ostéome implanté sur le fémur; le blessé
succomba vers la troisième semaine à de la septicémie
chronique. Du côté non opéré, l'ostéome ne paraissait pas
développé dans l'os, mais dans les fibres musculaires. A
l'examen histologique, il s'agissait d'os jeune sans canaux
de Havers.

Le troisième malade a été présenté par M. Yver. L'ostéome
avait les caractères ordinaires, à la partie moyenne de la
cuisse, adhérent à l'os et ne gênant nullement le malade.
Celui-ci ne fut pas opéré. Cette observation clinique était
un exemple de tumeur pédiculée et fixée au fémur.

Je vais présenter un nouveau fait. Il s'agit d'un cuiras-
sier ayant à la face interne de la cuisse droite une tumeur
se terminant par une extrémité arrondie. Elle est fixe et
développée aux dépens du troisième adducteur.

M. Sieur a adressé deux observations : quinze jours après
un traumatisme, dans l'une, apparut une série de tumeurs.
A l'ablation, on constate qu'il s'agit bien d'ostéome implanté
sur la partie moyenne du fémur; dans l'autre, la tumeur
ne fut enlevée que seize mois après le traumatisme, elle
était insérée sur le fémur, elle était constituée par de l'os
à l'état de complet développement, avec canaux de Havers.

Dans une autre série de faits je peux citer d'abord un
blessé ayant à la suite d'une luxation du coude une tumeur
dans l'épaisseur du brachial antérieur. La tumeur enlevée
recouvrait la face antérieure de la capsule et s'insérait sur
l'humérus, sans adhérer au muscle ou aux ligaments.
C'était une tumeur prétendue musculaire mais insérée à
l'os.

Un cuirassier, après une chute, fit un autre hématome du coude. A la suite persista une tumeur antérieure qui lui ôtait les mouvements. Sous l'influence du massage elle passa du volume d'un œuf de poule à celui d'un œuf de pigeon ; elle est devenue mobile et donne aux mouvements de la crépitation et a une dureté qui ne permet pas de douter de sa nature osseuse.

Dans un dernier cas de M. Sieur, un cuirassier présentait une tumeur, suite de traumatisme sur la face antérieure du coude. La tumeur était mobile verticalement et horizontalement ; l'auteur, malgré ce fait, attribue son insertion au niveau de la dépression du cubitus où s'insère le brachial antérieur ?

La théorie de la transformation d'un foyer hématique, ne peut plus guère être admise. La théorie par le développement de la myosite ossifiante paraît plus généralement admise. Mais d'après la pièce que j'ai présentée, certaines observations que j'ai citées, nous voyons l'ostéome s'insérer sur une large base, sur l'os lui-même en un point où il n'y a pas de véritable insertion musculaire. Faut-il admettre un arrachement périosté partiel par un faisceau musculaire?

MM. Sieur et Berthier reproduisent expérimentalement cet arrachement en décollant un fragment périosté au bistouri et en le laissant entraîner par le muscle. Chez aucun lapin en expérience il ne s'est produit de suppuration. A l'autopsie, on trouve soit au niveau de la désinsertion périostique, soit à une courte distance, de véritables ostéomes. La théorie était séduisante pour expliquer les ostéomes des cavaliers. Mais le muscle peut-il arracher des lambeaux périostiques. Sur le cadavre, par traction du moyen adducteur portée très loin, on ne peut arracher de périoste. mais seulement rompre les fibres tendineuses ou musculaires. Malgré tous les procédés expérimentaux, l'arrachement par le moyen adducteur, tiré à 120 kilogs dans le sens de la traction physiologique d'un lambeau musculo-périosté peut être regardée comme impossible. La théorie de Orloff, quelqu'ingénieuse qu'elle soit, ne peut être démontrée.

Il faut convenir qu'on ne peut encore être fixé sur la pathogénie des ostéomes.

L'ostéome musculaire paraît plus rare que l'ostéome osseux. Ces derniers peuvent être de l'os incomplet ou complet avec canaux de Havers. On peut noter comme inattendue, la rapidité extraordinaire du développement de certaines de ces tumeurs. La diminution de la tumeur par le massage, démontrée par deux de mes observations, peut s'expliquer par l'action sur l'épanchement sanguin concomittant, ou sur la capsule fibreuse presque toujours fort épaisse

Douloureux, volumineux, gêne notable dans les mouvements, telles sont les qualités que doivent présenter les ostéomes pour mériter d'être enlevés. — Les faits que j'ai rapportés suivis de mort montrent la gravité de ces interventions.

Anesthésie par le bromure d'éthyle. — M. E. Martin.

Gangrène du pouce par application de solution phéniquée à 1/10 pendant douze heures. — Présentation du malade par M. Monod.

M. Delorme. Je crois qu'il faut incriminer l'attrition par le traumatisme.

M. Routier. J'ai présenté deux cas semblables.

M. Lucas-Championnière. J'incriminerai surtout la mauvaise qualité de l'acide phénique employé et enfin la continuité prolongée de l'application du topique.

Orchite traumatique. — Présentation du malade par M. Monod.

Traumatisme cranien. Hystéro-traumatisme. — Présentation du malade par M. Peyrot.

F. Verchère.

XI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

MALADIES VÉNÉRIENNES ET VOIES URINAIRES

Diabète insipide et syphilis. — M. Jullien a observé une femme de 40 ans, syphilitique depuis vingt et un ans, qui urinait 17 litres par jour et buvait une égale quantité de liquide. Elle présentait en outre des lésions graves d'ulcération pulmonaire, sans que l'expectorat contînt de bacille.

Une injection de calomel fit en peu de jours disparaître la polyurie, mais la malade succomba quelques semaines plus tard à la cachexie d'origine pulmonaire.

Les recherches que j'ai faites dans la littérature médicale m'ont prouvé que les observations publiées sur ce point sont fort rares. Dans quelques-unes (Sydney Phillips, Sourouktchy, Icard, Fleury, Russel, Edgren, Lewin) le symptôme coïncidait avec des périostoses, des gommes superficielles, et la guérison suivit de près l'administration des spécifiques ; dans d'autres (Perroud, Leudet, Mosler, Lancereaux) il s'accompagnait de graves déterminations viscérales auxquelles les malades succombèrent. La lésion trouvée à l'autopsie fut toujours un syphilome développé sur le plancher du quatrième ventricule ; dans un seul cas (Leudet) il s'agissait d'un ramollissement très étendu ; enfin quatre fois l'organe hépatique portait les stigmates de la spécificité.

Ce faisceau de faits permet d'établir les causes tant primordiales qu'occasionnelles de bon nombre des cas de polyurie qui ne relèvent pas uniquement de l'influence nerveuse et en même temps il nous montre la conduite à tenir, car l'insuccès de la thérapeutique spécifique n'existe que pour les cas où elle venue trop tard ou trop anodine.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme par l'ichthyol. — M. Jullien pratique ce traitement au moyen d'une tige rugueuse de cuivre sur laquelle est enroulé une peu d'ouate et que je trempe dans une solution au 10[e] d'ichthyol dans la glycérine. La tige est introduite tous les jours dans l'urètre, après mixtion, bien entendu. En même temps le vagin est oblitéré par un tampon imprégné de la même substance. Si le col et l'endomètre sont atteints, je les traite de la même façon.

Par ce moyen on obtient rapidement la guérison de la muqueuse urétrale ; on empêche le gonocoque de cheminer du côté de l utérus, et les cas de gonorrhée utérine peu intense ou pris au début sont heureusement modifiés.

Il va sans dire que soit pour l'urètre, soit pour la matrice, ce moyen reste insuffisant dans les cas invétérés, lorsque le principe morbide est cantonné profondément dans les culs-de-sacs glandulaires.

prégnation syphilitique ; syphilis d'emblée. — M. Ver- E (de Paris). L'opinion que je viens soutenir avec des a été déjà défendue, mais elle semble aujourd'hui n'être acceptée par la majorité des syphiligraphes, sinon par in.

ous la trouvons présentée par Després (*Arch. méd.* . — Traité théorique et pratique de la syphilis, 1873), ayée par les faits de Collet, Porter et Langston, Par- (*Med. Times*, 1863), soutenue par Diday, enfin pro- ée actuellement presque uniquement par Zeissl, de ne.

s faits comme ceux que je rapporte sont difficiles à ontrer. Il faut une série de circonstances rares à réunir r qu'ils aient toute la valeur des preuves indiscutables ient à l'abri des arguments plus ou moins spéciaux l'on a fait valoir pour défendre la théorie classique ; -ci me paraît beaucoup trop exclusive et devrait laisser e à quelques faits d'étiologie non pas d'exception, mais coup plus fréquents qu'on ne le croit par suite du de parti pris de la notion que je défends.

our les syphiligraphes la syphilis débute toujours par hancre que l'on a vu ou qui a dû passer inaperçu si ne l'a pas trouvé.

e raisonnement paraît pécher par excès et il suffira de enter des faits où la malade fut constamment sous les x d'un syphiligraphe exercé, avant, pendant et après infection syphilitique, sans que jamais chez elle on ait vé de chancre, pour démontrer que cet accident n'est constant et nécessaire comme début de la syphilis.

e sont des faits de cette nature que je viens présenter. es résume.

as. I. — X..., que je connais tout particulièrement, ié et père de famille, me montre un chancre induré de erge le 15 janvier 1892, ayant pour origine un seul coït ctant ayant eu lieu le 25 décembre. Ce chancre est aru exactement le 9 janvier. Le malade s'abstient de t rapport avec sa femme, que je demande cependant à , que j'examine à partir de cette époque tous les six ou t jours, sous le prétexte d'une métrite supposée. e X... est absolument saine.

.... guérit son chancre en trois semaines. Il ne lui reste une lésion. Pour détourner les soupçons conjugaux, il demande s'il peut avoir des rapports avec Mme X... vant l'intégrité absolue de la verge, l'absence totale de t accident secondaire, je l'autorise. Chaque fois que le lade a eu des rapports conjugaux, j'ai examiné deux ou is heures auparavant l'état de la verge.

endant cette même période, j'examinais régulièrement complètement Mme X... tous les six ou huit jours ; ja- ds, à aucune époque, je ne lui ai trouvé trace d'une ro- n quelque légère qu'elle soit. Et cependant quatre mois rès je lui vis apparaître une éruption papuleuse géné- isée syphilitique. A la suite survinrent des plaques mu- euses et la syphilis évolua.

Jamais aucun symptôme ou trouble du côté des règles i permette de songer à un avortement.

Obs. II. — A... est atteint de syphilis depuis six mois, ne ésentant aucune manifestation actuelle de syphilis.

B..., jeune femme de 28 ans, a des rapports répétés et quents avec A...

Elle est depuis plusieurs années mariée à C... Ces trois rsonnes que j'examine constamment à l'insu les unes des tres ont été suivies pendant plusieurs années.

B..., qui avait des relations avec A... (lequel, je le répète, n'avait aucune manifestations syphilitique) eut comme premier accident syphilitique, au bout d'une année, de la céphalée, des périostoses multiples, enfin une paralysie du moteur-oculaire commun. Le traitement spécifique fit rapidement disparaître les accidents.

C..., le mari, qui pendant toute cette même période avait continué ses relations journalières avec sa femme, n'a jamais présenté d'accidents spécifiques. Il n'avait jamais eu la syphilis.

Obs. III. — X..., jeune médecin, a eu la syphilis six mois avant son mariage. Elle n'a été caractérisée que par un petit chancre induré et un léger psoriasis palmaire aux mains. Sa jeune femme qu'il examinait, on juge avec quelle attention, présente, deux mois après son mariage, de l'ecthyma spécifique des cuisses et des jambes. Lui-même n'a jamais présenté d'accident. La jeune femme a deux enfants, l'un au bout d'un an, l'autre au bout de quatre ans de mariage. Les deux enfants ont eu manifestement des traces de syphilis héréditaire (dents d'Hutchinson type) ; malgré cela excellente santé, grâce peut-être au traitement que le père a fait suivre.

Ces faits se passent de commentaires et je ne peux, étant données les circonstances dans lesquelles ils se sont présentés à mon observation, admettre l'argument d'un examen insuffisant ou de négligence dans le diagnostic.

Quelle voie a suivie le virus syphilitique pour infecter l'organisme, donner des accidents secondaires d'emblée dans le premier cas, des accidents tertiaires dans le deuxième et le troisième ? Il n'en est qu'une, l'utérus en contact avec le sperme, seul élément inoculant possible, et non pas le chancre utérin, mais bien l'*imprégnation directe*, telle que l'admet Zeissl, qui la désigne sous le nom d'*infection par simple cohabitation*.

Il y aurait là comme le dernier terme d'une série commençant par le chancre géant, pour aller par le chancre parcheminé, le chancre papyracé, le chancre nain, le chancre herpétique, jusqu'à zéro ; c'est-à-dire jusqu'à l'inoculation sans porte d'entrée appréciable, sans lésion di[illegible] par imprégnation directe.

On ne peut admettre la syphilis conceptionnelle dans les cas présents, puisque dans aucun il n'y eut conception ou grossesse. A peine pourrait-on penser à une fécondation possible.

Cette imprégnation rend compte de la plupart des cas si nombreux de syphilis latentes, de syphilis éprouvées, dont l'on trouve à chaque instant des manifestations tertiaires chez des gens qui se sont toujours examinés avec le plus grand soin, que l'on stupéfie lorsqu'on leur apprend qu'ils ont la syphilis, dont ils n'ont jamais perçu le moindre symptôme antérieur.

Des opérations palliatives chez les prostatiques. — M. Desnos. Les rétentions d'urine chez les prostatiques sont justiciables du cathétérisme dans la grande majorité des cas, mais parfois ce traitement ne suffit pas et il faut recourir à une ouverture artificielle de la vessie. D'une manière générale l'indication s'en trouve posée quand le cathétérisme est ou impossible, ou insuffisant, ou dangereux. Impossible quand il existe des obstacles uréthraux ou prostatiques insurmontables ; insuffisant quand l'évacuation se fait mal et surtout dans le cas de cystite douloureuse ; dangereux lorsque l'urèthre saigne ou qu'il y a rétention avec infection et distension vésicales. Dans ce cas la ponction avec

canule à demeure ne crée pas une issue assez large aux liquides. Une section étendue s'impose. La voie périnéale n'est plus guère utilisée aujourd'hui; la taille hypogastrique est de tout point préférable.

La question la plus intéressante qui se pose maintenant est de savoir si on doit laisser l'ouverture béante d'une manière permanente ou chercher à fermer la vessie après un certain temps. M. Poncet a publié un assez grand nombre de cystostomies suivies de succès pour légitimer cette opération, mais la permanence de la fistule constitue une infirmité pénible et ne protège pas contre l'infection des voies urinaires. Nous croyons que le principal mérite de cette intervention est de permettre de pénétrer dans la vessie et de l'aseptiser avec un minimum de danger, mais qu'au bout d'un certain temps une tolérance s'établit et le cathétérisme peut être pratiqué impunément; parfois même il n'est pas nécessaire de sonder. Une cystostomie temporaire est donc suffisante le plus souvent. La cystostomie permanente peut être exceptionnellement utile; dans ce cas, comme le méat hypogastrique fonctionne rarement à la manière d'un sphincter, il faut placer un appareil qui assure le libre écoulement de l'urine. L'expérience nous a appris que, pour bien fonctionner, ces sortes de sondes ne doivent pénétrer qu'aussi peu que possible dans la vessie; à cet effet nous avons fait construire un petit appareil constitué par une sonde de caoutchouc à boule terminale, semblable à la sonde de Pezzer et qui, à l'aide d'un dispositif spécial, se fixe d'elle-même à la paroi vésicale.

Du gonocoque et de ses rapports avec le processus blennorrhagique. — M. Touton (de Wiesbaden), *rapporteur*. Le gonocoque est l'agent causal du processus blennorrhagique : le diagnostic de blennorrhagie est rendu certain par la présence du gonocoque constatée à l'examen microscopique; ce dernier doit être fréquemment renouvelé durant le cours de l'affection; il nous permet alors de nous former un jugement sur la phase présente de l'affection et sur les règles thérapeutiques à suivre. Avant de nier la présence du gonocoque dans les cas où un premier examen est demeuré négatif, il est nécessaire de répéter souvent ledit examen, et cela au besoin après avoir provoqué une certaine irritation des parties intéressées : de cette manière on finit souvent par trouver le gonocoque dans nombre de cas, surtout dans les cas invétérés, où sa présence n'avait pu être constatée tout d'abord.

Il arrive parfois que, pour fixer sûrement le diagnostic, on est obligé d'avoir recours au procédé de culture de Wertheim : ce procédé est particulièrement indiqué dans les cas où l'examen microscopique ne nous montre que des « formes d'évolution » douteuses du gonocoque, comme c'est le cas, par exemple, dans des collections purulentes circonscrites et anciennes (articulations, trompes).

Toutes les variétés d'épithéliums peuvent servir de terrain d'invasion et de développement au gonocoque; un épiderme corné intact paraît être réfractaire à l'infection. Le tissu conjonctif également, aussi bien celui qui est recouvert d'un épithélium que celui qui supporte un endothélium (membranes séreuses et synoviales), peut être le siège d'une invasion de gonocoques; la diffusion de ces derniers se fait par la voie des espaces lymphatiques.

Les causes prédisposant à l'invasion et à la multiplication du gonocoque sont :

1° La vascularisation, la richesse en sucs et la mollesse des tissus, ainsi que l'existence d'espaces lymphatiques intercellulaires de grande dimension;

2° Des conditions chimiques encore inconnues.

Ces causes elles-mêmes peuvent être congénitales, bien elles peuvent dépendre de l'âge de l'individu ou enc d'autres affections antérieures (d'origine traumatiq chimique ou bactérienne).

Dans les cas d'infection ordinaire provenant du deho le processus blennorrhagique est avant tout une affecti épithéliale accompagnée d'une inflammation purulente tissu conjonctif sous-jacent. Les principaux résultats processus blennorrhagique dans un tissu sont : la proli ration du gonocoque dans les espaces intercellulaires, turgescence des cellules épithéliales, l'invasion des espa intercellulaires par des globules de pus, la destruction l'élimination des cellules épithéliales; à côté de cela observe une infiltration cellulaire du tissu conjonctif. tissu conjonctif peut, dans certains cas, être mis complè ment à nu par la destruction de son revêtement épithéli d'après Dinkler, il peut aussi se produire de la nécrose des thromboses.

Lorsque le processus morbide est superficiel et de cou durée, la guérison a pour résultat une restitution *ad in grum*; lorsque son siège est plus profond et qu'il dure lon temps, l'affection se termine par une rétraction cicat cielle du tissu conjonctif : les tissus conjonctifs recouver d'un endothélium présentent une grande tendance à la pr duction d'adhérences entre surfaces qui se touchent.

Le gonocoque peut donner lieu à une dégénérescence à une prolifération de l'épithélium : cet épithélium hype plastique donne facilement naissance à des érosions p suite d'une macération des éléments épithéliaux et d'u dénudation du tissu conjonctif sous-jacent.

Les cellules du tissu conjonctif peuvent aussi entrer prolifération sous l'influence d'une invasion de gonoc ques.

Les affections que nous voyons se produire en dive points éloignés du corps consécutivement à une blenno rhée primitive peuvent toutes, au point de vue théoriqu être considérées comme étant causées par le gonocoque lu même ou par ses toxines (métastases à gonocoques); il e est de même des affections d'organes avoisinant le siè primitif de la blennorrhée, lesquels sont infectés par co tinuité.

Les leucocytes ne se comportent pas comme des phago cytes vis-à-vis du gonocoque; ils ne servent qu'à transpo ter ce dernier soit hors de l'organisme, soit aussi dans di verses parties du corps qui n'étaient pas encore atteintes Les gonocoques se reproduisent et se multiplient aussi bie dans les leucocytes que dans les espaces lymphatiques intercellulaires.

Des formes *mixtes* d'infection peuvent aussi se rencon trer dans la blennorrhée; les cas de suppuration profond (nécrose) du tissu conjonctif sont probablement dus à un infection secondaire par des microbes du pus : en revan che, les suppurations superficielles du tissu conjonctif dé pourvu de son revêtement épithélial peuvent être pro duites par le gonocoque seul, surtout dans les régions ca vitaires. En tout cas, la destruction des tissus produite pa le gonocoque est bien moins intense et moins rapide qu celle qui est déterminée par d'autres agents de la suppura tion.

M. Padula (Rome). J'ai déjà signalé l'existence d'un

e spéciale dans les affections blennorrhagiques. Celle-ésente un type très irrégulier et ne dépasse jamais : elle n'a rien de commun avec la fièvre qu'on observe le typhus ni avec la malaria ; sa durée est indétermi-Tout traitement antipyrétique ordinaire demeure dans as sans action.

Brœse (Berlin) estime que, dans le diagnostic des pro-s blennorrhagiques, il y a lieu de donner plus d'im-ance aux symptômes cliniques de l'affection qu'à la tatation de la présence ou de l'absence du gonocoque.

Neisser (Breslau) insiste sur l'importance du gonoco-au point de vue du diagnostic ; quant à sa présence le tissu conjonctif, elle est très rare et probablement ours secondaire.

orphologie de l'hypospadias balanique. — M. Loumeau deaux). L'hypospadias balanique présente trois grands s correspondant aux trois principales étapes parcourues le développement de l'urèthre balanique. Dans le nier type, il y a persistance du *mur* balanique imper-; dans le deuxième type, il y a persistance de la *gout-* balanique restée ouverte ; enfin, le troisième type espond au *canal* balanique formé, mais frappé d'ano-e. Chacun de ces types comprend à son tour un cer-nombre de variétés dont la clinique démontre l'exis-ce et dont les données embryologiques actuelles nous nissent aisément l'explication.

nurie calculeuse. — Son traitement. — M. Pousson, par-au nom de M. Demons et au sien, propose, dans les d'anurie calculeuse ayant résisté au traitement médical, *pratiquer systématiquement la néphrotomie.* S'il est vrai l existe un bon nombre d'observations dans lesquelles hirurgien, guidé par des signes de présomption touchant iège du calcul, a ouvert presque à coup sûr le bassinet l'uretère, pour en extraire le corps obturateur et qu'il a aussi quelques-unes dans lesquelles l'uretère ayant vu à nu et exploré soit par la voie abdominale, soit la voie lombaire, cette opération exploratrice a pu enir curative, on ne peut cependant nier qu'en raison la difficulté de reconnaître, dans la plupart des cas, le ge exact des calculs, ces opérations restent toujours atoires, et que, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, s présentent quelques dangers.

'incision du rein est assurément plus simple, et à elle ile, *alors même qu'elle ne donne pas accès sur le calcul,* peut sauver la vie des malades. En effet, en faisant ser la contre-pression, qui, l'uretère oblitéré, s'exerce que dans l'extrémité du parenchyme rénal, elle permet rein de reprendre ses fonctions, et le préserve de la dé-nérescence. Le spasme cessant, le calcul tombe de lui-ème dans la vessie quelques jours après ; que si son lume s'oppose à cette chute spontanée, il sera toujours ssible, dans les jours suivants, d'aider à sa migration r le cathétérisme rétrograde de l'uretère ou de l'attaquer front par l'uretérotomie dans de meilleures conditions.

r 6 cas d'anurie calculeuse relevés par les présentateurs, ns lesquels les chirurgiens se contentèrent d'inciser le in, et dont 3 sont personnels à MM. Demons et Pousson, y eut 4 guérisons et les 2 décès paraissent devoir être tribués à une intervention trop tardive.

De la néphrectomie par incision transversale. — M. Péan e Paris). — Je crois qu'il est avantageux, pour pratiquer néphrectomie, dans bon nombre de cas, de faire d'emblée la section transversale de toute la paroi abdominale, depuis la peau jusqu'au péritoine, en ouvrant même ce dernier sur une longueur plus ou moins grande, quand cela est utile.

Du bord externe du muscle droit correspondant à la tumeur, à la hauteur de l'ombilic, je fais partir une incision transversale qui se dirige en dehors et se termine au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose superficielle ; j'incise ensuite les muscles obliques et transverse ainsi que les aponévroses moyenne et profonde ; au besoin, je prolonge un peu l'incision à travers la masse sacro-lombaire. Il devient alors facile, quand la tumeur est de moyen volume, de disséquer le rein, même lorsqu'il existe des adhérences multiples. Si le volume de la tumeur est considérable, il ne faut pas hésiter à ouvrir transversalement le péritoine. C'est alors que le pincement préventif du rein et de son hile, ainsi que le morcellement, nous ont rendu de véritables services.

Cette opération a été pratiquée quatre fois par moi et une fois par mon assistant M. Delaunay, et le succès a été complet. Chez les 5 malades auxquels nous avons appliqué cette méthode, il nous aurait été beaucoup moins facile de mener l'opération à bonne fin, si nous avions eu recours à l'incision verticale, rétropéritonéale ou transpéritonéale. Non seulement, en effet, nous avons pu sans inconvénient donner à l'incision la longueur voulue, mais encore nous sommes parvenus à sectionner les muscles presque parallèlement à leurs fibres et aux vaisseaux ; nous avons pu enlever rapidement la tumeur sans blesser les organes voisins et obtenir la réunion immédiate à l'aide du drainage et de sutures de catgut à étages.

M. Stankiewicz (de Varsovie). J'ai eu l'occasion d'employer deux fois le procédé proposé par M. Péan, pour l'extirpation d'un rein calculeux et d'un cancer du rein ; il s'agissait de tumeurs volumineuses avec des adhérences solides, et il fut nécessaire d'ajouter une incision transversale à l'incision longitudinale. M. Wood (de Londres) emploie la même incision pour l'extirpation ou l'exploration des reins calculeux.

M. Sklifasswosky (de Saint-Pétersbourg.) On peut sectionner transversalement aussi bien que longitudinalement, mais il est préférable, à mon avis, que les incisions préliminaires soient anatomiques. C'est pour cette raison que je suis partisan de l'incision oblique, partant de la onzième côte, qui suit le sens des fibres musculaires et donne une ouverture assez large pour qu'on puisse détacher le péritoine juqu'à la colonne vertébrale.

M. Kosinski (de Varsovie). Au point de vue du choix du procédé opératoire, sans être exclusif, je pense que la méthode la moins dangereuse est la méthode lombaire, et je n'ai recours à la méthode transpéritonéale ou à la méthode oblique que si le rein présente une tumeur volumineuse ou si j'ai en vue l'ablation simultanée du rein et de l'uretère.

J'ai pratiqué 14 néphrectomies au cours de ces dix dernières années. L'indication a été la néphrolithiase dans 4 cas, la tuberculose dans 3 cas, des néoplasmes malins dans 3 cas, une pyonéphrose dans 2 cas, 1 cysto-adénome et enfin 1 rupture traumatique. Dans 8 cas, j'ai fait la néphrectomie extrapéritonéale, avec taille lombaire simple ou suivie d'une seconde incision le long de la douzième côte, avec ou sans résection de cette côte ; dans 3 cas j'ai pra-

tiqué l'incision oblique lombo-abdominale dont j'ai parlé en 1884 au Congrès de Copenhague ; enfin, dans les 3 derniers cas, j'ai fait la néphrectomie transpéritonéale. Sur ces 14 opérations j'ai eu 10 guérisons et 4 morts.

On sait les difficultés que l'on a à reconnaître exactement l'état des deux reins, avant de se décider à opérer. Voici la méthode d'après laquelle je me guide : j'introduis dans la vessie, sous le chloroforme, une sonde avec laquelle je fais des lavages jusqu'à ce que le liquide sorte clair ; puis, la sonde enlevée, je commence l'examen d'un rein par la palpation bimanuelle, comme si je voulais, en comprinant l'organe entre mes mains, exprimer son contenu dans la vessie ; j'introduis alors de nouveau la sonde et je recueille le contenu du réservoir vésical. Je lave encore la vessie et je procède pour le deuxième rein comme je l'ai fait pour le premier. On trouve ainsi dans l'urine, pour le rein malade, du pus, du sang et d'autres produits pathologiques, tandis que l'autre rein n'a rien donné.

Sur la nature du chancre mou. — M. Ducrey (Naples) expose tout d'abord les raisons pour lesquelles il n'est pas permis de confondre le chancre mou avec d'autres lésions ulcéreuses pouvant dissimuler ce dernier. Depuis la première publication de l'orateur sur ce sujet en 1889, de nombreuses recherches expérimentales entreprises par Kreting, Unna, Quinquaud et Nicolle, Pétersen, Dubreuilh et Lasnet, Colombini, etc., sont venues confirmer l'existence dn bacille considéré par l'orateur comme l'agent pathogène de l'ulcère contagieux simple. M. Ducrey, que des recherches ultérieures ont convaincu de l'identité du bacille trouvée par lui dans la sécrétion dn chancre mou avec celui qui a été décrit plus tard par Unna dans les tissus de cet ulcère, croit pouvoir conclure que :

1° Le chancre doit être considéré comme une entité morbide due à un micro-organisme spécial ;

2° Ce micro-organisme est précisément celui qui a été découvert par l'orateur dès 1889.

L'alumnol contre la blennhorrhagie. — D'après M. Schwimmer, l'alumnol est excellent dans le traitement de la blennorrhagie subaiguë et chronique de la femme Chez l'homme, on peut faire des injections d'une solution aqueuse à titre variant entre 5 cent. et 5 grammes pour 100. Le topique est bien supporté dans les cas chroniques, tandis qu'il produit facilement de l'irritation dans les cas aigus.

De la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique. — M. R. Sorel (du Havre). La suture totale de la vessie doit être la méthode de choix pour terminer la taille hypogastrique, le drainage par les tubes siphons l'exception. La suture sera seulement contre-indiquée dans les cas où l'on craindra des hémorrhagies intra-vésicales. Quant à l'infection, elle n'est pas par elle-même une contre-indication.

La suture de la vessie se fait par un premier plan qui traverse les deux tranches de la paroi et par un second plan à la Lembert. On doit placer à l'angle inférieur de la plaie une mèche aseptique ou antiseptique. L'emploi de la sonde à demeure est toujours recommandable ; on ne peut s'en passer que lorsqu'on a affaire à une vessie et à un canal absolument sains, et encore seulement si le malade peut être soumis à une surveillance intelligente et attentive.

VARIÉTÉS

Une Université dans le Far-West américain.

L'École de médecine de l'Université du Colorado ou les Montagnes Rocheuses (1).

Par Marcel Baudouin,
Chargé de Mission aux États-Unis et à l'Exposition de Chic.

Les universités de l'Est et du Centre de l'Amériq du Nord sont — il n'est nul besoin de le répéter — plus intéressantes à visiter. Celles des bords de l'Atl tique vous laissent l'impression d'une indiscuta puissance, d'une intensité de vie physique et intell tuelle réellement étonnante ; et on n'a nulle peine admettre que leur valeur réelle est parfaitement su sante pour soutenir à l'étranger le renom d'un p aussi neuf. Celles du Centre, qui n'en ont ni l'anci neté, ni les titres, sont pourtant encore dignes d'ê comparées avec nos écoles et facultés de provin Mais, celles-là, quiconque a mis le pied sur le américain les a vues, ou du moins en a entendu parl

Il n'en est plus de même pour d'autres, qui, situ tout à fait dans l'Ouest et dans le Far West, ont eu développement aussi rapide que celui des villes où ell ont été édifiées. Aussi, pendant mon séjour aux Etat Unis, m'a-t-il semblé indispensable d'aller voir s place ces institutions si récentes et déjà si prospèr d'étudier sur les lieux mêmes les effets de ces créatio presque aussi magnifiquement installées aux pieds d Montagnes Rocheuses que sur les bords des grands Lac et de consacrer quelques instants à ces centres d'ens gnements tout récents, inconnus chez nous, par suite leur peu de notoriété et leur très jeune âge. Parmi c derniers, ceux que j'ai pu voir sont les universités Minnesota à Minnéapolis, du Colorado à Denver, et enfi d'Oregon et de Willamette à Portland, avant-garde septentrionales, sur les rivages du Pacifique, des riche et belles institutions de San Francisco, la métropole d l'extrême Ouest.

Mais, désirant être bref, je ne citerai ici que l'un d'elles, l'université la plus jeune, la plus ignorée et l plus curieuse de toute, l'*Université du Colorado*.

Le développement de cette Université est plus éton nante encore que celui des écoles de Minnéapolis, pour tant remarquable. En 1858, en effet, il n'y avait, à l place qu'occupe Denver aujourd'hui, que de vastes plai nes s'étendant jusqu'ax pieds des Montagnes Rocheuses Or, en 1893, la *Reine des Prairies* possède plus d 150.000 habitants, et son Université, qui fut créée dè 1860, mais qui ne se développa que vers 1876, compt déjà près de 300 élèves et d'importants bâtiments Boulder, petite ville située à 29 milles de la capitale e

(1) Extrait d'un Rapport de Mission à M. le Ministre du Commerce. (*La Médecine transatlantique*, vol. de 346 pages avec 115 figures, 1893).

ée aux flancs des *Rocky Mountains*, à l'entrée du
re Boulder Cañon.
heure actuelle, l'Université du Colorado comprend
e départements, comme on dit en Amérique,
à-dire quatre facultés : 1° Médecine ; 2° Droit;
ences ; 4° Théologie. Bornons-nous au département
cal, celui que j'ai étudié de plus près, et qui seul
intéresse ici.
École de médecine, qui date de 1883 seulement, est
e non pas à Boulder, mais à Denver même et au
e de la cité, entre Seventeenth et Stout street.
efois les étudiants de première année font leurs

FIGURE 1. — L'Université de Colorado dans les Montagnes Rocheuses, à Boulder (Colorado).

les à Boulder même. Les garçons y logent dans un
nitorium spécial (*Kent Hall*), avec les étudiants en
t ; les jeunes filles dans des bâtiments affectés à
usage personnel (*Ladie's Cottages*). Quand le frère
sœur se trouvent à l'Université en même temps,
habitent un même appartement.
'est à Boulder que les élèves qui débutent sont
gés de se faire inscrire ; ils ne viennent en ville
n deuxième année d'études pour profiter des res-
rces des hôpitaux. Il en résulte une réduction no-
e des dépenses pour les élèves qui commencent,
à Denver la vie est beaucoup plus chère que dans
ampagne avoisinante.
es cours durent trois ans seulement, à raison de neuf mois par an. L'instruction clinique est donnée dans les hôpitaux de la ville, qui sont accessibles aux étudiants et renferment plus de 400 malades. L'*Arapahoe County Hospital*, où enseignent plusieurs professeurs de l'école, contient 150 lits et son importance augmente d'année en année. Quatre cours de clinique ont lieu dans cet hôpital toutes les semaines. Il y a aussi le dispensaire de l'école qui est ouvert tous les jours, excepté le dimanche, et dans lequel on fait des leçons cliniques journalières, pendant les neuf mois de l'année scolaire. Dans ces leçons, les étudiants s'exercent à formuler un diagnostic, un pronostic et un traitement.

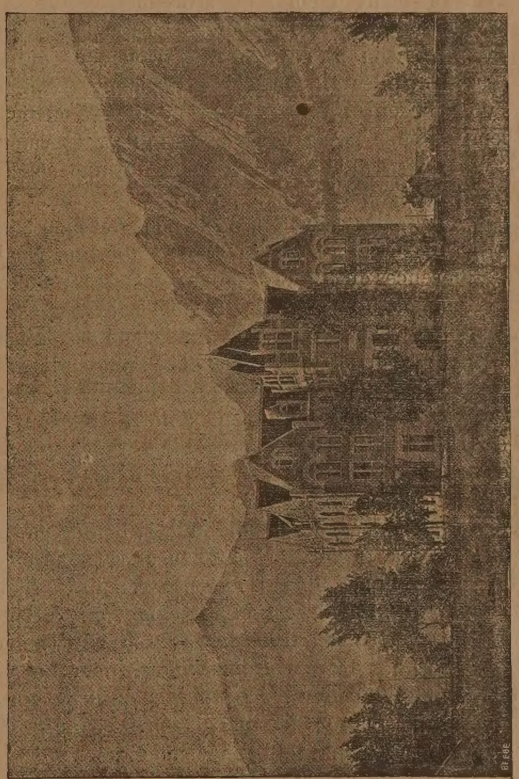

FIGURE 2. — *Hale scientific Building* (Laboratoire de Biologie). Université du Colorado, à Boulder (Col.).

L'école est ouverte à tous les gradués des collèges reconnus ou des *high schools*. Les autres jeunes gens sont obligés de subir un examen qui roule sur la grammaire anglaise, l'arithmétique, la géographie, l'histoire des États-Unis et les éléments de physique.

Un certain nombre d'étudiants viennent à l'Université du Colorado comme certains Français vont faire leurs études dans les lycées de Pau et de Nice. Le climat de cette région est en effet très recommandé en Amérique dans les cas d'affections pulmonaires ou d'accidents paludéens chroniques. La température moyenne de l'année qui est de 48 degrés Farhenheit, c'est-à-dire de 9 degrés centigrades environ (la mortalité est presque aussi faible que dans l'Arizona) attire des élèves déjà frappés, et souvent un séjour d'une année

à Boulder, dans un site ravissant, leur permet de continuer ultérieurement leurs études.

L'école de médecine, malgré son organisation très suffisante, ne compte que peu d'élèves. Elle en avait 26 en 1893; mais tout porte à croire que d'ici à quelques années sa population aura très probablement augmenté.

Chose assez extraordinaire, il y existe un cours de *chirurgie des cheminsde fer* et il y a un professeur spécial chargé de ces leçons. Tous ceux qui ont parcouru la région ne s'en étonneront pas, car ils savent que Denver est, peut-être, après Chicago, le centre de chemins de fer le plus important des Etats-Unis. En tous cas, c'est certainement le point de croisement et de rencontre de toutes les voies ferrées du Far West, lesquelles, en raison des pays qu'elles traversent, du peu de sécurité qu'elles présentent, des accidents fréquents qui s'y produisent, méritent une surveillance médicale de première importance. En gens pratiques, les Américains n'ont pas manqué de tirer de ce fait une conclusion très légitime.

Les tableaux des cours de l'école nous ont bien montré ce qu'est, en général, la vie d'un étudiant américain et les différences qu'elle présente avec celle d'un élève de nos facultés de médecine. L'Américain n'a pas à suivre de cours de physique et il apprend dès la première année les sciences accessoires et l'anatomie, auxquelles nous consacrons deux années et demie. Pendant la seconde année, qui correspond à notre troisième, il suit des cours de clinique, aussi bien réglés que les autres, ce qui n'existe pas encore chez nous, du moins à Paris, où chacun fait ce qu'il veut.

Encore quelques petits détails qu'il est bon de mettre en relief. Il y a, le soir, de 7 à 9 heures, des exercices pratiques d'anatomie, quatre fois par semaine. N'oublions pas que l'étudiant est ici à la campagne, à Boulder, et ne peut sortir. Il ne travaille pas le samedi soir, conformément aux coutumes américaines. Les visites à l'hôpital ont lieu l'après-midi, de suite après le lunch, pour lequel on n'a que quelques instants. On sait que nous procédons tout différemment.

Le principal avantage des études faites dans l'Ouest, disent les professeurs, est surtout, comme pour nos petites écoles de province, le bon marché de la vie matérielle. Et cela paraîtrait assez exact si l'on s'en rapportait aux chiffres ci-dessous, qui sont presque officiels et qui ont trait aux dépenses annuelles des élèves de première année.

Malheureusement, je n'ai qu'une médiocre confiance dans les statistiques de ce genre et dans les données des annuaires américains. Il y a trop de différence entre certains chiffres. Je remarque seulement que pour les jeunes gens on a oublié plusieurs chapitres, en particulier celui des menus plaisirs. Il est vrai qu'au Boulder, sur le *campus* presque désert de l'Université, au milieu des prairies et des montagnes, ils ne doivent pas être très coûteux. Par contre, on a cru devoir tenir compte pour les étudiantes d'une série de dépenses dontle titre est assez suggestif et m'a laissé rêver : Amusements et... cadeaux! Décidément, les Américaines ontde nombreux avantages sur les Européennes.

Tableau des dépenses des étudiants de première année dans une Université de l'Ouest.

DÉPENSES.	UN ÉTUDIANT HOMME. dollars.	UNE ÉTUDIANTE FEMME dollars.
Pension (35 semaines à 3 dol. 50).	122 50	52 42
Chambre (9 mois à 5 dol. 50.). ...	49 10	40 75
Livre et papeterie.....	22 75	3 97
Tramways.....	4 85	5 85
Chemins de fer (six voyages à la maison paternelle).....	7 44	27 80
Vêtements.....	62 50	72 11
Blanchissage, éclairage et chauffage.....	21 35	7 25
Divers.....	22 65	18 94
Amusements et cadeaux.....	»	10 56
Associations.....	10 00	»
TOTAL...	323 54	240 05

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 28 juin 18[illegible] M. le Dr Achille Dron, ancien chirurgien en chef des ambulances lyonnaises, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hôpitaux de Paris. — Le CONCOURS DE L'INTERNAT s'ouvrira le mercredi 24 octobre, à midi précis. Le registre d'inscription, ouvert le lundi 10 septembre, sera clos le mercredi 10 octobre.

— Le CONCOURS DE L'EXTERNAT s'ouvrira le jeudi 25 octobre à 4 heures précises. Le registre d'inscription restera ouvert du lundi 10 septembre au samedi 6 octobre.

Les candidats qui seront appelés sous les drapeaux à la fin de cette année seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires de l'ouverture du concours.

Les élèves actuellement sous les drapeaux et qui se seront fait inscrire pour le concours seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Clavelier est institué chef de clinique ophtalmologique (emploi nouveau).

Sociétés savantes. — La *Société médicale des hôpitaux*, la *Société de biologie* et la *Société de thérapeutique* ont, la semaine dernière, levé leur séance en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. le président de la République.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Pozzi vient d'être élu conseiller général du canton d'Issigeac (Dordogne).

Congrès de médecine mentale, à Clermont-Ferrand, en 1894, du 6 au 11 août. — Nous prions les personnes qui se proposent de faire partie de ce Congrès : médecins aliénistes, neurologistes, juristes, jurisconsultes, de vouloir bien se hâter de nous adresser leur adhésion, et, autant que possible, leur cotisation (20 francs), afin que nous puissions régler, en temps utile, le programme de la session.

is prenons la liberté d'attirer leur attention sur les ages et attractions suivants :

Tout congressiste aura droit aux séances et pourra y re la parole s'il le juge utile pour la science ; il aura ment droit aux réceptions offertes par les autorités et lles visités, aux distractions qu'on organisera pour oir le mieux possible le Congrès, enfin il recevra un contenant les travaux du Congrès ;

Des locaux, chambres, pensions, seront arrêtés à ce, à des prix modérés, pour MM. les Congressistes ;

Le Congrès sera ouvert sous la présidence de M. le t du Puy-de-Dôme ;

Les travaux du Congrès seront dirigés sous la prési- de M. le Dr Pierret, l'éminent aliéniste, médecin ef de l'Établissement départemental d'aliénés de à Lyon ;

Outre les trois grandes questions qui doivent être es par de savants aliénistes, plusieurs autres sujets essant l'aliénation mentale seront exposés par leurs rs qui se sont déjà fait inscrire, ce qui donnera à Congrès un intérêt scientifique extrême ;

Les séances auront lieu dans la grande salle des Fêtes de l-de-Ville, gracieusement mise à notre disposition par Écuellé, maire de Clermont-Ferrand, qui se propose de oir les congressistes ;

Le Congrès s'est déjà acquis la bienveillante sollicitude utes les autorités et de la presse locale ;

Sur la demande du docteur Hospital, organisateur du rès, le Conseil général du Puy-de-Dôme a voté, à l'unité, une somme de 600 francs destinée à rendre able, par quelques distractions, le séjour des congres- s à Clermont-Ferrand ;

Les dames qui voudront bien accompagner leurs maris vront à Clermont un accueil des plus sympathiques, part des religieuses de l'Établissement de Sainte- e et d'un comité de dames ;

Les Établissements de Sainte-Marie, à Clermont, et a Cellette, dans la Corrèze, auront l'honneur de recevoir les Congressistes ;

Les moyens de transport sont multiples et peu oné- ; MM. les Congressistes pourront utiliser, pour se re à Clermont, soit un billet circulaire, soit un billet er et retour, pouvant se proroger avec un supplément, ont les prix actuels sont peu supérieurs à l'ancien i-tarif ;

La Compagnie des Eaux thermales de Royat, inter- vée par nous, s'est empressée de nous répondre, par aimable directeur, qu'elle mettrait à la disposition des gressistes son Établissement et son Casino ; des cartes onnelles leur seront adressées.

ermont-Ferrand, le 3 juin 1894.

Dr Hospital,
Médecin en chef de l'Etablissement Sainte-Marie.

Service médical de nuit dans la Ville de Paris.

Statistique du mois de mai 1894,
Par MM. les Drs Passant et Rouillard.

rondis- ements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au- dessous de 3 ans.	Total.
1er	5	10	0	15
2e	6	7	0	13
3e	10	4	7	21
4e	12	21	6	39
5e	12	15	4	31
6e	4	11	4	19
7e	2	9	1	12
8e	0	3	0	3
9e	8	5	0	13
10e	8	11	3	22
11e	47	60	23	130
12e	11	21	14	46
13e	27	24	12	63
14e	18	34	5	57
15e	20	41	10	71
16e	4	6	3	13
17e	14	21	5	40
18e	32	66	27	125
19e	25	29	15	69
20e	46	105	42	193
	311	503	181	995

La moyenne des visites est de..... 32
Pour le mois correspondant de l'an dernier elle était de..... 38,5
Visites du mois de mai 1893..... 1.157
Visites du mois de mai 1894..... 995
Différence en moins.... 162

Maladies observées.

A

Angines et laryngites	70
Croup	15
Coqueluche	6
Ophthalmie	1

B

Asthme	12
Affections du cœur	28
Bronchites aiguës et chroniques	92
Pleuro-pneumonie	54
Congestion pulmonaire	15
Grippe, Influenza	12

C

Affections et troubles gastro-intestinaux	116
Dysenterie	13
Athrepsie	14
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	17
Hernie étranglée	8
Rétention d'urine	2

D

Métrite, métro-péritonite	39
Métrorrhagie	27
Fausse couche	30
Accouchement, Délivrance	57
Accouchement non terminé	10

E

Affections cérébrales	33
Convulsions, Eclampsies	27
Névralgie	34
Névroses	26
Epilepsie	10
Aliénation mentale	5
Alcoolisme, Delirium tremens	9

F

Rhumatisme	9
Affections éruptives	70
Fièvre	7
Fièvre typhoïde	6

Hémorrhagies de causes internes et externes	31
Erysipèle	5
G	
Plaies, Contusions, Abcès	41
Fractures, Luxations, Entorses	11
Brûlures	2
Empoisonnements	2
Suicide	5
H	
Mort à l'arrivée du médecin	23
Total	995

Les hommes entrent dans la proportion de..... 32,26 0/0
Les femmes.....d°.....d°..... 50,54 0/0
Les enfants au-dessous de 3 ans...d°..... 18,19 0/0

Déclaration des maladies contagieuses. — La Société de Médecine de la Loire, dans sa réunion du 21 juin, et la Société Médicale du Xe arrondissement, à sa dernière séance, ont adopté le rapport lu à la Société de Médecine de Paris, concernant la déclaration des maladies contagieuses dont nous avons à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs.

Le 9 mai dernier, en assemblée plénière, les médecins de Rouen ont voté l'adresse à l'autorité municipale d'une lettre collective qui se termine par des conclusions analogues à celles votées par la Société de Médecine de Paris.

Enfin notre confrère le Dr Billon, délégué des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris au Congrès actuel de l'Assistance, a reçu de tous les médecins de Lyon l'assurance qu'ils étaient opposés au fonctionnement de la nouvelle loi.

Médecins des bureaux de Bienfaisance. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 1er octobre 1894.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (Service des secours à domicile), de 11 heures à 4 heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 1er septembre 1894, à 4 heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des facultés de médecine de l'État, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

De l'instantanéité de l'Assistance chirurgicale (1). — M. Marcel Baudoin (de Paris) pense que l'instantanéité dans l'Assistance chirurgicale est la donnée la plus importante qui ait été introduite dans la chirurgie moderne depuis la découverte de l'asepsie et l'antisepsie. C'est un des principaux facteurs du succès opératoire, toutes choses égales d'ailleurs, non seulement en ce qui concerne les lésions du système vasculaire (ce qui est évident), mais aussi dans tous les accidents intéressant les organes à cavités d'ordinaire occupées par une série de microbes plus ou moins septiques (tube digestif, voies urinaires, voies génitales, etc.).

(1) Communication à la Section II du Congrès national d'Assistance de Lyon.

Cette donnée doit être placée immédiatement à côté des grandes découvertes modernes, telles que l'hémostase, l'anesthésie : elle est même, au point de vue chirurgical pur, plus précieuse que la suppression de la douleur. Cette idée, dans le domaine pratique, est vraiment nouvelle et est due tout entière au sens pratique si remarquable des Américains du Nord.

Il faut donc, à tout prix, assurer l'instantanéité de l'Assistance, — et parallèlement d'ailleurs celle de l'assistance médicale proprement dite, — et organiser dans tous les centres industriels considérables des *Ambulances urbaines* EXTRA-RAPIDES et des *services chirurgicaux de prompts secours* comme cela existe déjà aux Etats-Unis et était surtout admirablement installé en 1893 à l'exposition de Chicago (1). M. Baudoin insiste tout particulièrement sur ce point, qu'en France jusqu'à présent (MM. Nachtel, Bourneville, Strauss, Rousselet à Paris ; Mauriac, à Bordeaux, etc.) on s'est plutôt occupé du côté médical de la question et que dehors de M. Terrier, personne n'a songé à une organisation sérieuse des services chirurgicaux de *secours extra-rapides*. Dans les grandes villes, il faut donc des ambulances urbaines extra-rapides (installation à calquer sur celle du département du Feu en Amérique), des salles de consultations « toujours sous pression » comme une pompe à incendie, et des postes de chirurgie, *avec personnel spécialisé*, toujours sur le qui-vive, comme les postes de pompiers.

Cours d'hygiène sociale. — Professeur : M. le Dr Martin. — La Conférence pratique du dimanche 8 juillet aura lieu à l'Ecole de la rue de la Cour des Noues (derrière le Père-Lachaise) à 9 h. 1/2 très précises du matin.

Nécrologie. — Le Dr Sadoul de Werth (Bas-Rhin), en 1848. — Le Dr Vaucheret, d'Asnières, officier de l'instruction publique, décédé le 22 juin à l'âge de 67 ans. — Le Dr Audibert, de Lyon, reçu en 1877. — Le Dr Dufou de Montluçon, reçu en 1854. — Le Dr Lemoyne, d'Audierne (Finistère). — Le Dr Vallat, de Marcillac-la-Croisille (Corrèze). — Le Dr Gillet de Grandmont, officier de la Légion d'Honneur, oculiste des Maisons d'éducation de la Légion d'Honneur, décédé le 1er juillet, à l'âge de 57 ans. Gillet de Grandmont était un excellent praticien et un très bon confrère, qui sera vivement regretté. Plusieurs de ses travaux en ophthalmologie resteront, en particulier le très élégant procédé d'opération du ptosis, qu'il avait proposé il y a quelques années. — Le Dr Cohen (Eugène), de Paris, décédé le 2 juillet, à l'âge de 34 ans.

(1) *La Médecine Transatlantique*, p. 154.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing*. — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'estomac et des Intestins.**
PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. **Anémie. chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.
NUTRITION DES ENFANTS. — Farine alimentaire Vi

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*